UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

Année 1946 N° 18

LA GASTRO-ENTÉROSTOMIE et le traitement de l'ulcère de l'estomac

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement en mars 1946

PAR

Emile DELBOUSQUET

Diplômé d'Electro-Radiologie

MEMBRES DU JURY... MM. BOULARAN, *Président.*
SOREL
VIRENQUE } *Assesseurs*
GRIMOUD
LASSERRE, *Suppléant.*

IMPRIMERIE PARISIENNE
16, place du Palais
TOULOUSE

1946

DELBOUSQUET (Emile). — La gastro-entérostomie et le traitement de l'ulcère de l'estomac. Toulouse, Impr. Parisienne, 1946, in-8°, (56 pages).
(*Thèse Chirurgie, Toulouse,* 1946, n° 13.)

DELBOUSQUET (Emile). — La gastro-entérostomie et le traitement de l'ulcère de l'estomac. Toulouse, Impr. Parisienne, 1946, in-8°, (56 pages).
(*Thèse Chirurgie, Toulouse,* 1946, n° 13.)

DELBOUSQUET (Emile). — La gastro-entérostomie et le traitement de l'ulcère de l'estomac. Toulouse, Impr. Parisienne, 1946, in-8°, (56 pages).
(*Thèse Chirurgie, Toulouse,* 1946, n° 13.)

DELBOUSQUET (Emile). — La gastro-entérostomie et le traitement de l'ulcère de l'estomac. Toulouse, Impr. Parisienne, 1946, in-8°, (56 pages).
(*Thèse Chirurgie, Toulouse,* 1946, n° 13.)

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548916_0129

LA GASTRO-ENTEROSTOMIE

et le

Traitement de l'ulcère de l'estomac

UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACI

TABLEAU DU PERSONNEL

	MM.
Doyen	CALVET
Assesseur	SOULA
Doyens honoraires	BARDIER GORSE

Professeurs honoraires

MM. ESCAT, RISPAL, MOOG, M
CAUBET, RIBAUT, MAURIN, AR
DALOUS, LAFFORGUE, SERR

PROFESSEURS

	MM.		MM.
Anatomie	VALLOIS CLERMONT	Hydrologie thérapeutique et climatologie	MERIEL
Histologie et embryologie	N...	Pharmacie	CAUJOL
Pathologie interne	N...	Matière médicale	VINCEN
Clinique médicale	TAPIE ROQUES	Clinique obstétricale	GARIPU
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	BOULARAN	Physiologie	SOULA
Clinique chirurgicale et gynécologique	LEFEBVRE	Clinique chirurgicale et du cancer	DUCUIN
Clinique médicale infantile et puériculture	SOREL (R.)	Clinique des maladies des voies urinaires	FABRE
Clinique de neurologie et psychiatrie	RISER	Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	NANTA
Clinique ophtalmologique	CALMETTES	Pathologie générale et médecine expérimentale	SENDRA
Physique biologique et médicale	BUGNARD	Histoire naturelle	DELAS
Chimie et toxicologie	BRUSTIER	Médecine légale et déontologie	MOREL
Cliniq. oto-rhino-laryngologique	CALVET	Bactériologie - Hygiène - Médecine sociale	ANDRIE
		Anatomie pathologique	N...

COURS COMPLÉMENTAIRES

	MM.		MM.
Cours d'obstétrique aux élèves sages-femmes	GARIPUY	Clinique de la tuberculose	MOREL
Cours d'anat. physiol. et pathol. élém. aux élèves sages-femmes	GUILHEM	Anatomie	THOMA LAZORT
Histologie	CALVET	Botanique et cryptogamie	Mme DULU
Chimie pathologique	VALDIGUIE (P.)	Chimie analytique	BLANC
Chimie biologique	VALDIGUIE (P.)	Médecine expérimentale	GERAU
Chimie minérale	BLANC	Pathologie chirurgicale	GRIMOU
Stomatologie	CADENAT	Hydrologie et géologie	ASTRE
Physique pharmaceutique	AUVERGNAT	Médecine opératoire	DIEULA
Dermatologie et syphiligraphie	GARRIC	Anatomie médico-chirurgicale	THOMA
Législation pharmaceutique	BOUISSET	Pharmacodynamie	SOULA
Microbiologie	BOUISSET	Thérapeutique	LASSEI
Bactériologie	DARNAUD	Pharmacie galénique	COUTU
		Médecine du travail	BOUNH

AGRÉGÉS EN EXERCICE

	MM.		MM.
Histologie	BIMES, ch. de f.	Chirurgie	VIRENQUE GRIMOUD, ch. de DIEULAFE, ch. d RIEUNAU, ch. de
Physiologie	BAISSET		
Médecine	PLANQUES DARNAUD, ch. de f. GERAUD, ch. de f. GADRAT, ch. de f. LASSERRE, ch. de f. BOUNHOURE, ch. de f.	Obstétrique	GUILHEM
		Physique médicale	MARQUES, ch. d
		Chimie	VALDIGUIE (P.), BLANC, ch. de f.
Anatomie	LAZORTHES, ch. de f.		

Secrétaire de la Faculté .... DUCROS

La Faculté déclare n'être pas responsable des opinions émises par les ca
(Délibération du 12 mai 1891.)

UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

Année 1946 N° 13

LA GASTRO-ENTÉROSTOMIE
et le traitement de l'ulcère de l'estomac

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement en mars 1946

PAR

Emile DELBOUSQUET

Diplômé d'Electro-Radiologie

MEMBRES DU JURY...

MM. BOULARAN, *Président.*
SOREL
VIRENQUE } *Assesseurs*
GRIMOUD
LASSERRE, *Suppléant.*

IMPRIMERIE PARISIENNE
16, place du Palais
TOULOUSE

1946

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

JE DÉDIE CE TRAVAIL A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

En témoignage de ma grande affection.

A MA SŒUR

Qui, par son entier dévouement, m'a soutenu dans mes études.

A LA MÉMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

A NOTRE MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR BOULARAN

Chevalier de la Légion d'honneur.

Professeur de Clinique Chirurgicale Infantile et Orthopédique.

Qui a bien voulu nous faire l'honneur de présider cette thèse.

Témoignage de profonde gratitude pour l'enseignement simple et direct recueilli auprès de lui.

A NOTRE JURY DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR SOREL

Professeur de Clinique Médicale Infantile.

Il fut un de nos premiers maîtres.
Qu'il trouve ici l'expression de notre gratitude.

MONSIEUR LE PROFESSEUR VIRENQUE

Professeur Agrégé à la Faculté.

Nous le remercions sincèrement d'avoir bien voulu juger ce travail.

MONSIEUR LE DOCTEUR GRIMOUD

Chargé de fonctions d'Agrégé à la Faculté.

Qu'il trouve ici nos remerciements pour la bienveillante attention dont il a toujours fait preuve à notre égard.

MONSIEUR LE DOCTEUR LASSERRE

Chargé de fonctions d'Agrégé à la Faculté.

Nous le remercions vivement.

A MONSIEUR LE DOCTEUR PONS

Electro-Radiologue en Chef des Hôpitaux.

Il nous a ouvert toutes grandes les portes de son service et nous a fourni les principaux matériaux pour bâtir ce travail.

Qu'il trouve ici l'expression de nos plus sincères remerciements.

A MONSIEUR LE DOCTEUR BERTRAND

Chirurgien en Chef des Hôpitaux.

Qui a bien voulu nous inspirer le sujet de cette thèse.

Témoignage de notre profonde reconnaissance.

A TOUS MES MAITRES

A MES AMIS

PLAN

I. Introduction.

II. Position du problème.

Bonnes gastrectomies.

Bonnes gastro-entérostomies.

III. Examen critique des deux techniques. Leurs avantages. Leurs inconvénients.

A) La gastrectomie;

B) La gastro-entérostomie.

IV. La question de la cancérisation secondaire des ulcus.

V. Indications relatives des deux techniques.

VI. Conclusion.

VII. Observations.

VIII. Quelques opinions d'auteurs.

IX. Bibliographie.

LA GASTRO-ENTÉROSTOMIE
et le traitement de l'ulcère de l'estomac

I. INTRODUCTION

L'étude critique de la gastro-entérostomie, dans le traitement de l'ulcère de l'estomac, a donné lieu ces dernières années à de multiples études — plus exactement à de multiples controverses. Chaque discussion, chaque article, a été passionné et dans l'immense majorité des cas, c'est plus d'une thèse à défendre que d'une critique qu'il s'agit. Il faut reconnaître que le sujet est réellement très complexe et que chacun, devant l'enchevêtrement des arguments, a tendance à juger d'une façon en quelque sorte « sentimentale sur des impressions ».

II. LA POSITION DU PROBLÈME

Avant toute discussion du problème, nous posons en principe que nous éliminons complètement le cas du *cancer*, de même que celui des *sténoses cicatricielles* qui n'ont aucun rapport avec le sujet qui nous occupe, c'est-à-dire la position de la gastro-entérostomie dans le traitement de l'ulcère de l'estomac.

Pour le *cancer*, le cas est jugé d'avance; c'est évidemment l'exérèse qui s'impose lorsqu'elle est réalisable et les méthodes de dérivation dans le cas contraire. Notre intention n'est pas de discuter les indications de l'une ou l'autre intervention qui sortent du cadre que nous nous sommes fixés.

Pour les *sténoses cicatricielles*, de même, les indications opératoires ne pourront nous retenir.

Nous ne nous occuperons que de l'ulcère de l'estomac.

Un autre point, qui nous semble *a priori* évident, et qui pourtant intervient comme argument chez les auteurs voulant démontrer les avantages de la gastrectomie ou de la gastro-entérostomie, est qu'il ne faut juger qu'en comparant de bonnes interventions.

Définissons, par conséquent, ce que nous entendons par bonnes gastrectomies et bonnes gastro-entérostomies.

Les bonnes gastrectomies.

Nous éliminerons évidemment d'emblée le facteur valeur professionnelle du chirurgien, si celui-ci n'est pas capable de pratiquer correctement une gastrectomie, ses statistiques seront faussées au départ.

Ceci dit, et de l'avis unanime, une bonne gastrectomie doit comprendre le principe fondamental suivant :

Il faut enlever assez de muqueuse, l'exérèse doit être élargie aux deux tiers.

En effet, la gastrectomie répond à un double but :

a) Exérèse de la lésion et de la zone fragile;

b) Suppression ou forte élimination de la sécrétion chlorhydrique de l'estomac.

Pour réaliser ce but, il est nécessaire de pratiquer l'amputation de toute la zone alcaline de l'estomac, parce que c'est la zone de l'ulcus et parce que c'est d'elle que partent les réflexes sécrétoires.

Mais il est aussi indispensable de déborder largement sur la zone acide.

En fait, on peut considérer comme bonne une gastrectomie n'ayant laissé environ qu'un tiers de la surface de la muqueuse gastrique et remontant à une dizaine de centimètres sur la petite courbure, soit en moyenne à six ou sept centimètres de l'angle de la voie gastrique.

L'ectomie, qui supprime presque entièrement le rôle mécanique de l'estomac, ne se heurte à aucune difficulté en ce qui concerne l'évacuation du moignon restant. L'examen radiologique montre qu'il peut se former secondairement un véritable « sphincter fonctionnel » analogue au sphincter antral.

Tout le reste, en ce qui concerne la gastrectomie pour ulcère, est affaire de technique chirurgicale et vise à obtenir la bénignité de l'intervention beaucoup plus que l'amélioration des résultats tardifs.

En fait, une seule condition technique importe du point de vue des résultats éloignés, c'est d'enlever assez de muqueuse sécrétoire. Ce qui n'entraîne pratiquement jamais de troubles en ce qui concerne l'évacuation du moignon restant.

Les bonnes gastro-entérostomies.

Il nous reste maintenant à définir ce que nous entendons par bonne gastro-entérostomie pour ulcère.

La lecture des auteurs nous a laissé l'impression que cette question a été moins bien exposée que dans le cas de la gastrectomie, aussi l'étudierons-nous plus en détail.

Posons d'abord, en principe, que la gastro-entérostomie est une intervention d'ordre purement modificateur de la mécanique gastrique.

Elle vise essentiellement à amener une évacuation rapide de l'estomac malade, l'évacuation normale étant presque toujours très troublée par l'existence de l'ulcus quel que soit son siège amenant ce que l'on appelle le « syndrome pylorique ».

Il n'est donc nullement question, dans cette intervention, de supprimer l'ulcus. De même on ne modifie que très peu le chimisme gastrique si nous mettons à part la neutralisation de la sécrétion proprement dite par réflexe.

Mais les conditions mécaniques amenant une bonne évacuation sont en fait beaucoup plus difficiles à réaliser qu'il n'y paraît. Les mauvais résultats de certaines gastro-entérostomies proviennent souvent, dans de nombreux cas, des fautes suivantes :

a) *Mauvais emplacement de la bouche.*

L'anastomose doit être pratiquée près du pylore sur la portion centrale de l'estomac pour conserver autant que possible l'individualité de l'antre gastrique (Moutier). Cet antre, en effet, est la portion véritablement mécanique de l'estomac, c'est le sas d'écluse admettant puis refoulant, portion par portion, le contenu gastrique, après fermeture de l'écluse amont représentée par le « sphincter antral ». Ce sphincter purement fonctionnel est, malgré tout, nettement individualisé.

Il faut, en outre, que la bouche soit placée près de la

grande courbure, que cette bouche soit verticale ou horizontale d'ailleurs.

b) *Bouche trop étroite.*

L'anastomose doit être large et même très large si l'on veut obtenir un drainage rapide de l'estomac.

Dix à douze centimètres sont indispensables. C'est un point sur lequel nous ne saurions trop insister. Ceci élimine complètement les gastro-entérostomies au bouton pour lequel le calibre de l'anastomose est absolument insuffisant.

c) *Anse afférente trop longue et mal suspendue.*

Il faut que l'anse afférente soit courte et qu'elle soit suspendue à l'estomac par plusieurs points placés en amont de la bouche.

La technique chirurgicale suivie par le service du Dr Bertrand, à l'Hôtel-Dieu de Toulouse, et qui a donné les résultats que nous exposerons par la suite, comprend les points fondamentaux suivants :

a) Examen préliminaire de la vésicule biliaire;

b) Pratique d'une large fente sur le ligament gastro-entéro-colique ouvrant largement l'arrière cavité des épiploons, permettant une exploration facile de la face postérieure de l'estomac. Temps capital de l'intervention.

Cet effondrement donne un accès facile sur le pylore, très large sur la gauche;

d) Ouverture ensuite de l'estomac sur sa face postérieure, commençant à 1 cm. 5 ou 2 cm. du pylore. Cette ouverture rectiligne s'étendant sur dix à douze centimètres soutendant la grande courbure suivant une flèche de 3 cm. à 3,5 cm.;

d) Effondrement du mésocôlon.

On attire au dehors la première anse jéjunale. L'ouverture est pratiquée en commençant à cinq centimètres environ de l'angle jéjuno-jéjunal avec abouchement iso-péristaltique.

Enfin, dernier point particulier, la suture est pratiquée en un seul plan, au fil de lin.

Contrairement à toutes les conceptions classiques, cette suture est à la fois étanche, sûre et solide (1).

De cette technique retenons surtout l'ouverture très large pratiquée (dix à douze centimètres), évitant par la suite toute mauvaise évacuation par diminution cicatricielle du calibre de la bouche. *Sur certains clichés radiologiques, des gastro-entérostomies ainsi pratiquées donnent l'apparence de gastrectomies.*

Retenons enfin la suture en un plan dont l'efficacité est prouvée par plus de cent interventions ainsi pratiquées.

Il est évident que nous ne pourrons retenir, pour l'étude des indications résultant des résultats proches et éloignés des gastro-entérostomies, que les interventions répondant aux désiderata ci-dessus exposés et pratiqués suivant une technique analogue à celle décrite.

En particulier, des gastro-entérostomies qui fonctionnent mal par suite d'une bouche trop étroite ou mal placée, ne peuvent venir modifier une statistique de résultats favorables après gastro-entérostomie, chose que beaucoup d'auteurs ont tendance à pratiquer. On ne peut comparer que des interventions techniquement parfaites, sans faire intervenir le plus ou moins de difficultés remontrées dans l'une ou dans l'autre.

Ceci posé nous allons procéder à l'étude critique de ces deux techniques en passant en revue leurs avantages et leurs inconvénients.

---

(1) Aucune observation de désunion sur plus de 100 gastrectomies ou gastro-entérostomies, a le grand avantage d'économiser l'étoffe à suturer et de favoriser la suture. Absolument parfait.

III. EXAMEN CRITIQUE DES DEUX TECHNIQUES

LEURS AVANTAGES. LEURS INCONVÉNIENTS

A) La Gastrectomie.

Les avantages de la gastrectomie sont tellement évidents qu'ils ont fait l'objet de travaux innombrables, tous tendant à démontrer, ce qui est facile, la supériorité *théorique* de cette technique sur sa concurrente.

Passons de nouveau, malgré tout, en revue, les arguments des pronateurs de cette intervention.

Ils font ressortir qu'il s'agit, en principe, d'une opération *curatrice,* mettant à l'abri des récidives, donc des risques d'hémorragie ou de perforation. Elle supprime

La lésion,

La zone fragile,

La sécrétion chlorhydrique.

Alors que la gastro-entérostomie laisse en place l'ulcère et ne fait qu'établir une dérivation, la gastrectomie supprime la lésion.

Si l'on considère par ailleurs les lieux d'élection de l'ulcère, il est évident que la lésion siège avec prédilection sur

la petite courbure, la zone antro-pylorique et le premier segment intestinal, le bulbe, or ce sont justement les zones que nous enlevons au cours d'une gastrectomie.

Quant à la sécrétion chlorhydrique, sa suppression ne provient pas de l'absence de la zone productrice, c'est-à-dire de la muqueuse fundique que nous laissons subsister en partie, mais de l'exérèse de la région antro-pylorique d'où part le réflexe provocateur de la sécrétion chlorhydro-peptique.

Cette résection antrale, cependant, n'est pas suffisante pour supprimer toute sécrétion acide, les résultats cliniques montrent qu'il faut l'élargir jusqu'aux deux tiers environ de l'estomac. C'est un fait d'expérience indiscutable et si des gastrectomies moins étendues peuvent donner de bons résultats, nous ne devons considérer comme bonnes que des gastrectomies aux deux tiers.

Ce type de bonne résection est, du reste, avec un peu d'habitude, facile à juger en radiologie.

Mais la gastrectomie, à première vue si séduisante et si satisfaisante pour l'esprit, est sujette tout de même à des inconvénients que nous allons essayer de passer en revue.

Le premier, et à nos yeux le plus grave, est celui de la gravité immédiate. Il est certain qu'avec l'amélioration des technique chirurgicales et l'entraînement pratique des opérateurs, elle a été très diminuée ces dernières années; certaines statistiques tendent à prouver qu'elle n'est pas plus élevée qu'après gastro-entérostomie. Malgré tout, malgré la publication de ces brillantes statistiques, il est incontestable qu'il s'agit, au fait, d'une intervention d'un pronostic immédiat plus grave que la gastro-entérostomie.

Le Dr Hartmann cite les chiffres suivants :

Sur 108 gastro-entérostomies. . . . . 4 morts 3,7 %
Sur 98 ectomies. . . . . 9 morts 9 %

D'après une statistique de Brulé et Hildemand :

90 ectomies : mortalité immédiate 9 %
et seulement 56 à 67 % de guérisons,

Le Professeur Leriche (Académie de chirurgie, séance du 8 juillet 1942), dit excellement, à propos d'une communication de M. Metivet (gastro-entérostomie ou gastrectomie) : « La gestro-entérostomie est certainement plus bénigne, quoi qu'on en puisse dire, si l'on dépouille la sotte vanité d'opérateur. Elle guérit parfaitement, à longue échéance, 81 % des ulcéreux. »

Auparavant, M. Gatellier, dans cette même séance, avait affirmé : « Peut-être faut-il un certain courage pour mettre en doute l'infaillibilité d'une méthode dont l'emploi tend à devenir le test de la valeur chirurgicale et cet auteur avait signalé que la discussion entre gastro-entérostomie et gastrectomie ne se présentait plus comme une étude de résultats s'appuyant sur des faits scientifiques, comme une opposition d'hypothèses pathogéniques pouvant entraîner des sanctions thérapeutiques, mais comme l'affirmation péremptoire d'un véritable dogme, celui de la gastrectomie, opération qui confère le brevet de maîtrise chirurgicale. »

La gastro-entérostomie est, sans constestation possible, techniquement beaucoup plus simple.

Si nous passons à l'étude des résultats tardifs, nous trouvons un ensemble d'inconvénients et de complications spéciales à cette intervention.

Tout d'abord, par suite de la suppression de la digestion gastrique, le gastrectomisé reprend difficilement du poids (Santy et P. Mallet (Guy) : Le déficit pondéral post-opératoire, séquelle éventuelle de la gastrectomie pour ulcus, P. M., 4 janvier 1939).

A côté de cet inconvénient, nous en observons souvent un autre, dénommé : « Syndrome du petit estomac. » Il se caractérise par un ensemble de troubles digestifs mineurs : diarrhée, anorexie, etc...

Cette série d'inconvénients ne peut entrer en ligne de compte pour aggraver les statistiques des résultats des gastrectomies, mais nous arrivons maintenant à deux complications essentielles : l'anémie et l'ulcère peptique.

Disons tout d'abord quelques mots de l'anémie après gastrectomie, complication non controversée.

Expérimentalement, la gastrectomie totale chez l'animal crée presque toujours une anémie importante, mais n'ayant pas les caractères histo-pathologiques de la maladie de Biermer. C'est une anémie sévère mais en principe microcytaire et hypocrhome.

Au point de vue opératoire, la gastrectomie totale, opération rare, grave en elle-même et aggravée encore par ses indications (cancer), n'a pu donner lieu, sur un temps suffisamment long, qu'à de rares observations, la plupart du temps incomplètes.

On noterait, semble-t-il, des anémies surtout hémoglobiniques.

Pour les gastrectomies partielles, en particulier les gastrectomies pour ulcère dont nous nous occupons spécialement, les observations ont pu être multipliées par suite de l'abondance du matériel d'étude qui nous était offert. Les statistiques sont très nombreuses mais, comme toujours, il est difficile de conclure.

Les pourcentages d'anémie signalés sont extrêmement variables. Gatzut (1932) parle de dix anémies importantes sur onze résections. Enderlen (1936) n'observe plus, lui, que quelques anémies secondaires sur plus de mille résections.

Il nous faut noter tout de suite que les différents auteurs qui se sont occupés de cette question ne comparent plus entre eux des faits identiques, si le nombre de malades examinés est très grand, les seuils d'anémie sont absolument impossibles à comparer, il est trop souvent cité des chiffres d'hémoglobine à l'exclusion de numération globulaire, enfin les techniques de dosage utilisées ne peuvent être comparées.

D'une statistique globale fournie par Pons, de Brux et L. Izard (*Vichy Médical*, avril 1945), il résulte que sur 1.351 gastrectomies pour ulcère dont le sang a été étudié par des auteurs différents avec des techniques souvent dif-

férentes, on note 296 anémies secondaires « notables » et 8 anémies pernicieuses.

Ces anémies sont sévères car :

Elles sont peu influencées par les traitements habituels.

Elles ne montrent aucun signe de régénération.

Elles s'accompagnent d'une tendance hémorragique incontestable.

Elles donnent hématologiquement l'impression d'évoluer vers l'anémie à type aplastique.

Il s'agit donc ici d'une complication grave de la gastrectomie.

Il nous faut parler maintenant d'une question ayant fait l'objet de nombreuses controverses et de satistiques non moins contradictoires, nous voulons parler de l'ulcus dit peptique après gastrectomie.

Il nous paraît à première vue anormal de parler d'une complication que la gastrectomie a justement pour but d'éviter, mais les faits sont là qui démontrent son existence.

Ceci est une très grosse question, très chargée de graves conséquences quant à l'avenir de la gastrectomie.

L'ulcère peptique, après gastrectomie, existe incontestablement si les statistiques ne nous apprennent presque rien de positif quant à sa fréquence, par suite, pensons-nous, du manque de recul dans le temps dont elles font preuve, il paraît fort probable, que lorsqu'on aura pu suivre assez longtemps un grand nombre d'opérés, cette complication de la gastrectomie paraîtra plus fréquente qu'elle ne paraît actuellement (GUTTMANN).

Le Dr PONS a déjà eu l'occasion de publier trois cas très graves d'ulcus peptique après gastrectomie, nous avons connaissance d'un quatrième qui vient de mourir, un autre a subi deux interventions successives suivies de récidives.

Il serait trop facile de dire : S'il y a ulcus peptique, c'est que la gastrectomie était mal faite par insuffisance d'exérèse de la muqueuse gastrique, mais il ne s'agit pas uni-

quement dans la plupart des cas d'une pratique défectueuse de la gastrectomie, mais bien d'une conséquence de considérations théoriques impossibles à éliminer par une gastrectomie aussi large qu'elle puisse être.

En effet, la sécrétion chlorhydro-peptique en principe supprimée par l'abolition de la zone antrale d'où part le réflexe sécrétoire, n'est pas seule en cause. Dans la production de l'ulcus peptique, il y a autre chose.

Agir sur la chlorhydrie n'est qu'un des côtés de la question, cet « autre chose » existe et nous n'avons pas agi sur lui en diminuant la chlorhydrie.

D'autre part, cette chlorhydrie même, nous ne sommes pas sûr de l'avoir abolie ou même suffisamment diminuée après l'exérèse, même aux deux tiers.

Le réflexe producteur de la sécrétion chlorhydro-peptique peut partir d'un autre point que de la muqueuse antrale : d'îlots aberrants à type antro-pylorique du duodénum ou du jéjunum en particulier.

Ces faits constituent, à notre avis, un très gros argument contre la gastrectomie; si l'on n'est pas sûr d'obtenir une guérison définitive, il devient difficile de proposer une intervention aussi mutilante et d'un pronostic immédiat relativement grave que la gastrectomie. Il y a là un gros point d'interrogation que seul le recul du temps, pouvant nous apporter des statistiques bien faites, pourra lever.

B) La Gastro-entérostomie.

Théoriquement, il s'agit d'une opération imparfaite et incomplète qui a le gros tort de laisser en place la lésion, en facilitant simplement sa cicatrisation.

Mais ses avantages sont indéniables, le pronostic immédiat est excellent, les suites opératoires sont en général bénignes, la mortalité immédiate n'excède en général pas 1 %.

D'autre part, le malade reprend rapidement du poids, on assiste à une véritable « résurrection » en peu de temps.

L'ulcus lui-même cicatrise rapidement. Mais ici la question devient plus complexe puisqu'il est bien connu en médecine, que les ulcus cicatrisent seuls et souvent sans traitement, qu'ils ne sont pas précisément chroniques. Malgré tout, il serait puéril de nier que l'intervention n'a eu aucun effet sur le processus de cicatrisation.

Nous dirons aussi, qu'*a priori*, il vaut mieux faire de la chirurgie conservatrice que mutilante et, à ce point de vue, la gastro-entérostomie ne s'accompagne de ce fait d'aucun des troubles sérieux qu'on observe après gastrectomie, pas de syndrome du « petit estomac », pas de diarrhée, par d'anorexie. Le malade reprend rapidement du poids, son état général est « miraculeusement » transformé, d'un infirme on en fait un homme bien portant.

Enfin, la grave complication anémique n'existe pas après cette intervention.

Les inconvénients et complications de la gastro-entérostomie sont, en fait, très difficiles à juger objectivement et nous pensons réellement qu'ils ont été exagérés parce qu'on a trop tenu compte des mauvaises gastro-entérostomies.

On a surtout reproché à la gastro-entérostomie de donner de très bons résultats précoces et de mauvais tardifs. Pour nous, nous considérons que l'immense majorité de ceux-ci sont dûs au fait que ces gastro-entérostomies se mettent à ne pas fonctionner. Si elles ne fonctionnent pas, c'est que la bouche est insuffisante. Lorsque la dimension de la bouche est suffisante, l'évacuation se fait toujours dans de bonnes conditions.

Il faut donc prévoir, dans l'évolution de la gastro-entérostomie, une diminution importante du diamètre de la bouche par cicatrisation et péri-viscérite.

Il faut donc prévoir trop grand au début.

Hartmann (Académie de Chirurgie) dit ceci : « Si les gastro-entérostomisés souffrent plus souvent que les gastrectomisés, c'est parce que quelques-uns vident mal leur estomac, et ils le vident mal parce que la gastro-entéros-

tomie est mal faite... Un malade dont l'estomac se vide bien ne souffre plus, qu'il ait été gastrectomisé ou gastro-entérostomisé. »

M. Rouhier précise : « Le fait est que la gastro-entérostomie donne généralement de très bons résultats quand elle est bien faite, bien placée, et que le malade veut bien ne pas se considérer comme définitivement guéri et à l'abri de tous les accidents parce qu'il a été opéré, quand enfin il consent à s'astreindre à des précautions, à un régime et à la surveillance d'un médecin expérimenté. »

Malgré tout, ces inconvénients existent et ils sont de quatre ordres.

1° La gastro-entérostomie laisse susister la lésion, donc le risque de récidive, d'hémorragie, de perforation.

Mais nous savons que cette lésion peut guérir toute seule et, en tous cas, elle est en d'excellentes conditions pour guérir après l'intervention.

2° La gastro-entérostomie prédispose à l'ulcus peptique.

Ceci est le gros argument des partisans de la gastrectomie. La gastro-entérostomie, disent-ils, en laissant subsister l'acidité gastrique, ne supprime pas le risque d'ulcère peptique.

Nous reconnaissons évidemment que la gastro-entérostomie représente exactement la méthode expérimentale utilisée pour obtenir de tels ulcères. Mais, et nous le redisons une fois de plus, pour aussi théoriquement parfaite que soit la gastrectomie, elle laisse subsister souvent une hyperacidité notable.

Remarquons, d'autre part, que dans cette intervention, il est souvent impossible de rechercher avec précision la chlorhydrie de l'opéré, le moignon d'estomac n'est plus un segment parfaitement individualisé du tube digestif, le pylore absent ne joue plus son rôle d'écluse et dans les échantillons de suc dits « gastrique », prélevés par tubage, les dosages n'ont plus qu'une valeur purement illusoire par suite de la neutralisation qui peut se produire par reflux.

Aussi un élément essentiel nous manque pour juger de la valeur d'une gastrectomie : Il est presque impossible de juger ce que vaut l'estomac restant en tant que sécrétion chlorhydro-peptique.

Malgré la persistance de la sécrétion acide dans les gastro-entérostomies, nous pensons (et nous reconnaissons qu'ici nous jugeons sur une impression) que l'ulcus peptique est réellement rare dans les gastro-entérostomies à bouche très large et antrale.

Ceci ne pourra évidemment être définitivement jugé que sur des centaines de cas longtemps suivis.

Enfin, l'ulcus peptique n'étant pas spécifique de la gastro-entérostomie, cette complication ne peut faire rejeter cette technique.

3° La gastro-entérostomie peut se compliquer de *circulus viciosus*.

Il s'agit ici d'une complication rare, évitée dans les gastro-entérostomies larges.

4° Difficultés des réinterventions. C'est un des gros reproches adressés à la gastro-entérostomie. Mais si cette intervention n'a pas donnée les résultats escomptés et si la réintervention est plus difficile, difficulté n'est pas impossibilité.

D'autre part, on peut avoir tout aussi bien à réintervenir dans une gastrectomie.

IV. LA QUESTION DE LA CANCÉRISATION SECONDAIRE DES ULCUS

Il s'agit ici d'une question très controversée, que d'aucuns laissent complètement de côté pensant qu'elle n'existe pas, que d'autres portent au premier plan, qui demande par conséquent une mise au point actuelle.

Faisons ici immédiatement une classification qui nous semble évidente, mais que beaucoup d'auteurs n'ont pas vu exactement.

On laisse en place un cancer pris pour un ulcus. Ceci est regrettable mais il s'agit d'une erreur de diagnostic, non imputable à l'opération, mais à l'opérateur.

Ceci est évidemment une complication de la gastro-entérostomie. Mais est-elle fréquente ? Les meilleures statistiques précisent que cette complication survient dans 1 à 5 % des cas (H. Pricy (*Archiv fürrclinisch chirurgie*).

Brachet, dans sa thèse, cite les chiffres suivants : sur 192 observations portant sur 106 ulcus, 81 néoplasnes, on trouve 5 cancers ulcériformes et 2 ulcus dégénérés, soit 1,5 %.

Remarquons seulement, comme nous le disions plus haut, qu'il a fort bien pu s'agir de cancers non décelés au cours de l'intervention et pris pour des ulcus. Nous croyons nous-même que cette éventualité est la plus fréquente et que la transformation néoplasique est très rare.

Cette rareté relative de la dégénérescence néoplasique des ulcères après gastro-entérostomie s'explique par le fait que seuls dégénèrent les ulcus de la portion horizontale de la petite courbure. GUTTMAN dit : « Il existe des zones dangereuses au niveau de l'estomac et il précise en donnant la topographie suivante :

Petite courbure, zone sous-cardiaque : Cancer plus fréquent que l'ulcus, transformation possible.

Petite courbure verticale : Ulcus plus fréquent que le cancer, jamais de transformation.

Angle et partie horizontale de la P. C. : Cancer. Ulcus. Transformation fréquente.

Zone prépylorique de la partie horizontale de la P. C. : Cancer plus fréquent que l'ulcus. Transformation très fréquente.

Canal pylorique : (Versant gastrique). Ulcus plus fréquent que le cancer. Transformation possible.

Canal pylorique : (Versant duodénal et bulbe.) Ulcère fréquent, jamais de cancer ni de transformation.

Face antérieure de l'estomac : Ulcus plus fréquent que le cancer.

Grande courbure gastrique : Cancer et ulcus rare, transformation possible.

Grosse tubérosité : Cancer assez fréquent, ulcus rare.

En résumé, les ulcus gastriques ont d'autant plus de chances de dégénérer qu'ils siègent plus près du pylore. Le maximum de chance de dégénérescence est relative aux ulcus siégeant sur la partie horizontale de la petite courbure, près du pylore.

Cette notion est à retenir pour les indications opératoires, de tels ulcus relèveront plutôt de la gastrectomie.

Cette topographie jointe au fait de la rareté des dégénérescences, si même elles existent, justifient la remise à sa vraie place de la gastrectomie.

De cet examen critique des avantages et des inconvénients de la gastrectomie et de la gastro-entérostomie, il nous semble qu'il se dégage le fait qu'il est difficile de parler de primauté absolue de l'une sur l'autre.

Actuellement, la gastrectomie a, c'est certain, la côte d'amour. Mais en dehors de tous ses avantages théoriques, ne profite-t-elle pas du prestige qui s'attache à une intervention délicate, prestige qui rejaillit sur l'opérateur lui-même ? ne doit-on pas voir percer chez ses pronateurs, inconsciemment cela va s'en dire, l'orgueil de la difficulté vaincue ? ne profite-t-elle pas de sa relative nouveauté ? conservera-t-elle toujours ses vertus curatrices ? N'a-t-on pas assisté enfin à pareil enthousiasme aux débuts de la gastro-entérostomie ?

Nous ne prendrons pas à notre compte ces opinions, émises pourtant par des auteurs tels que Gatellier, par exemple. Nous resterons sur le domaine des faits purement objectifs et, entre deux opinions, nous serons éclectiques. Pour nous, il n'est nullement question d'exclusion mais d'indications très précises, résultant de donnés théoriques et de confrontation de résultats obtenus. Ces résultats étant, bien entendu, obtenus avec des techniques opératoires impeccables dans l'une ou l'autre cas.

Nous ne redirons pas une fois de plus notre préférence théorique évidente pour la gastrectomie, le fait qu'elle enlève la lésion, la zone antrale point de départ du réflexe sécrétoire chlorhydro-peptique ainsi qu'une bonne partie de la zone acidogène, l'impossibilité de malignisation secondaire découlant de l'exérèse de la lésion.

Nous ne soulignerons pas non plus de nouveau l'élégance et l'aspect rationnel de cette intervention.

Clinicien, notre opinion, pensons-nous, sera plus impartiale que celle du chirurgien qui peut avoir tendance à vouloir mettre en valeur son habileté, qui n'est pas en rapport constant avec la clientèle et ne suit pas ses malades dans l'avenir aussi bien qu'un médecin traitant.

Les statistiques le prouvent, les résultats immédiats et tardifs sont assez comparables dans les deux interventions. Par exemple, le Professeur GATELLIER cite les chiffres suivants : Sur 294 gastro-entérostémies et 154 gastrectomies, les résultats tardifs favorables sont identiques à 70 à 80 %.

Sur les 294 gastro-entérostomies, il y a 19 % de cas défectueux dont 14 % de gastrites post-opératoires, 4 % de périviscérites, 0,3 % d'ulcus peptiques, 0,6 % de cancérisations secondaires.

Sur les 154 gastrectomies, on trouve 1,5 % d'ulcus peptique, 1 ulcus fundique, 0,7 % de néo-secondaire et 20 % de troubles digestifs.

Résultats comparables pour chaque série de complications avec un avantage en faveur de la gastro-entérostomie.

La gastro-entérostomie plus simple, faisant courir moins de danger immédiat au malade, produisant une résurrection rapide de l'état général avec reprise du poids et de l'activité habituelle, nous paraît une intervention qu'il ne faut pas négliger dans la pratique courante et dont beaucoup d'ulcus sont, maintenant comme avant, justiciables.

Il ne nous semble pas que les indications de l'une soient faites des contre-indications de l'autre mais que chacune ont les leurs, c'est ce que nous allons examiner dans le chapitre suivant.

V. LES INDICATIONS RELATIVES DE LA GASTRECTOMIE ET DE LA GASTRO-EUTÉROSTOMIE POUR ULCÈRE

Il s'agit ici du chapitre le plus difficile, du point le plus discutable de la question.

Nous n'avons aucunement la prétention de formuler des conclusions définitives : cette question évolue constamment avec les techniques chirurgicales et l'on peut tout au plus essayer une mise au point actuelle. Encore sommes-nous sûrs que notre mise au point sera criticable.

Un fait essentiel, qui domine le débat, et qu'il faut bien avoir la sincérité de formuler, est le suivant : La gastrectomie est une opération plus grave que la gastro-entérostomie. C'est un fait indépendant de la virtuosité du chirurgien : c'est un fait opératoire. Que le meilleur chirurgien fasse cent, mille gastrectomies, il aura une mortalité opératoire, aussi faible soit-elle.

Cette mortalité sera certainement plus importante que si le *même* chirurgien avait fait aux mêmes *malades*, non plus des gastrectomies mais des gastro-entérostomies. La vraie question qui se pose est donc la suivante : Y a-t-il des cas d'ulcus où la gastro-entérostomie apporte au malade des chances de guérison comparables à la gastrectomie ? S'il y en a, la gastro-entérostomie doit être préférée, encore une fois même par le meilleur chirurgien.

Evidemment, la discussion des indications est très difficile. On conçoit parfaitement que le chirurgien soit impressionné par ce qu'il sait des mauvais résultats tardifs de beaucoup de gastro-entérostomies. Mais nous avons à l'heure actuelle la conviction que les deux statistiques tendent à se rejoindre, les résultats tardifs des bonnes gastro-entérostomies sont meilleurs qu'on ne l'a dit, ceux des bonnes gastrectomies ne sont pas aussi bons qu'on le prétend.

Nous ne dirons pas qu'on peut, nous prétendons qu'il faut discuter.

1. Indications tirées du siège de l'ulcus.

Ce sont, sans doute, les plus faciles. En ce qui concerne les ulcus de l'estomac, un danger à longue échéance dépasse tous les autres en gravité, c'est la dégénérescence maligne.

Le schéma est simple : Les ulcus de la petite courbure portion verticale ne dégénèrent jamais; ceux de la petite courbure portion horizontale dégénèrent d'autant plus fréquemment qu'ils sont près du pylore. Les ulcus du duodénum ne dégénèrent pas.

Donc il faut autant que possible faire des gastrectomies pour tout ulcus situé dans l'angle de la voie gastrique au pylore inclus.

Nous avons au contraire une excellente impression en ce qui concerne les ulcus haut situés de la petite courbure qui réagissent de façon extrêmement favorable aux gastro-entérostomies larges, cicatrisent, et ne récidivent jamais. De toute façon, pour nous, le danger de cancérisation est moins grand que certains prétendent.

L'évolution des ulcus de la région duodénale est plus difficile à préciser. Nous pensons que le processus de périviscérite bulbaire est un facteur dominant d'indication : Il faut précisément enlever les ulcus avec grosse périviscérite, c'est-à-dire ceux pour lesquels la gastrectomie est spécialement délicate.

Dans les cas d'ulcus térébrant dans le pancréas, la gastro-entérostomie large donne d'excellents résultats (observation).

De même nous apportons l'observation d'un ulcus hémorragique pour lequel on a dû se contenter d'une gastro-entérostomie avec pourtant des suites parfaites.

2. Indications tirées de l'âge de l'ulcus.

Le moment où l'on doit opérer un ulcus est chose délicate à préciser. Nous éludons ici ce point qui n'entre pas dans le cadre de la question. Aussi bien le chirurgien n'est le plus souvent pas maître de cette indication. On lui adresse, en général, des ulcus qu'en bonne logique il eut mieux valu opérer *plus tôt*. L'âge chirurgical de l'ulcus, c'est le plus souvent l'âge de l'ulcère invétéré, de l'ulcus qui n'évolue plus par poussées, de l'ulcère vrai en un mot.

Ici on pourrait penser que l'ulcus calleux n'est justiciable que de la seule gastrectomie et que la chirurgie d'exérèse convienne seule à une lésion irréversible, paraissant non cicatrisable. Ce n'est pas entièrement vrai : Nous avons vu de bonnes gastro-entérostomies avec la guérison clinique et radiologique d'ulcus qu'aucun traitement n'influençait. Fait essentiel, cette guérison est *définitive*.

Un ulcus de la petite courbure qui cicatrise après gastro-entérostomie ne récidive pas *in situ*. Le seul risque, c'est l'ulcus peptique, maladie différente en tous points dont nous avons discuté plus haut.

Il est tout de même évident que la gastro-entérostomie s'adressera plutôt à des ulcus plus jeunes, dont l'évolution est encore cyclique, mais dont la périodicité trop courte ou l'évolution trop grave amènent à envisager une intervention chirurgicale. Ici les résultats sont très bons, comparables aux gastrectomies, l'ulcus cicactrise, ne récidive pas, les résultats tardifs restent excellents.

3. Indications tirées de l'état général.

Ce sont les plus importants et les plus difficiles à exprimer. Ce sont des indications de « sens clinique ».

L'âge, l'état de résistance du malade doivent largement entrer en ligne de compte. Il ne faut pas faire courir à un malade âgé, taré, au cœur, au foie, aux reins déficients, le risque d'une gastrectomie pour la simple raison que c'est une opération *longue* si l'on pense avoir de bons résultats avec une gastro-entérostomie, opération *courte*.

Un malade jeune, en bon état physiologique, doit, au contraire, bénéficier d'indications opératoires beaucoup plus favorables à la gastrectomie parce que dans son cas le risque opératoire de la gastrectomie n'est que de très peu supérieur à celui de la gastro-entérostomie.

4. Indications concernant les cas de diagnostic douteux.

Nous ne nous y arrêterons pas, parce qu'il ne s'agit pas d'indications réelles. Lorsqu'on hésite pour savoir si l'on a affaire à un ulcus ou à un néo, il ne s'agit plus d'indication opératoire, il s'agit d'abord de diagnostic. Dans les cas *très rares* où le diagnostic resterait hésitant, malgré des techniques d'examen appropriées, l'argument du doute plaiderait en faveur de la gastrectomie, mais nous répétons que de tels cas ne doivent pas se poser.

VI. CONCLUSION

Il n'a pas été dans notre intention au cours de ce travail de discréditer la gastrectomie. Si le lecteur avait cette impression, c'est seulement que nous aurions mal exprimé notre pensée.

Nous avons voulu essayer de réhabiliter une intervention chirurgicale qui a à son passif de trop nombreux échec tardifs, nous avons voulu essayer de la réhabiliter parce que nous croyons que ces échecs tardifs sont surtout dûs à de mauvaises gastro-entérostomies. Nous croyons que la gastro-entérostomie pour ulcère est souvent, si elle est correcte, une meilleure opération qu'on ne l'a cru.

Comme par ailleurs la gastrectomie reste nécessairement une intervention dont le pronostic immédiat est nettement plus grave que celui de la gastro-entérostomie, nous nous élevons contre la tendance actuelle « gastrectomie à tout prix » parce que plus souvent qu'on ne le pense, il vaut mieux dire : Gastro-entérostomie plus facile, moins dangereuse et aussi profitable à l'ulcéreux.

Pour nous, la gastro-entérostomie n'est pas une opération morte, simplement sous-estimée actuellement.

Puisse ce modeste travail contribuer à préciser certaines de ses indications toujours actuelles.

VII. OBSERVATIONS

Il serait fastidieux et inutile, de citer des observations ayant trait à des gastro-entérostomies pratiquées pour des lésions courantes, seul leur grand nombre peut prouver la vitalité persistante de cette technique. Le Dr Bertrand enregistre 98 % de résultats tardifs favorables sur plus de cinquante gastro-entérostomies à bouche large.

Faisons état d'observations où la lésion offrait des caractères particuliers de siège ou d'évolution.

OBSERVATION I

S..., *chef de train*, 51 *ans*.

Ce malade présente de nombreuses crises douloureuses à type d'ulcus depuis cinq ans déjà.

Un cliché montre une niche haut située sur le tiers supérieur de la petite courbure.

En janvier 1944, on pratique chez lui (Saint-Pierre) une gastro-entérostomie large.

Suites opératoires normales. Six mois après, l'état général est excellent, le malade a repris sept kilogrammes, aucune douleur, aucune gêne à la digestion. Sur un cliché pratiqué à cette date la niche a complètement disparue.

Un an après, les résultats favorables se sont maintenus.

Dans ce cas de niche haute, la gastro-entérostomie seule indiquée a donné les meilleurs résultats.

OBSERVATION II

T..., 49 ans, cultivateur.

Un gros ulcus calleux de la petite courbure est diagnostiqué chez lui (20 octobre 1942).

A l'ouverture, lésions très étendue remontant jusqu'au vardia, nombreuses adhérences.

On pratique (Saint-Pierre), une gastro-entérostomie large suivant la technique du service.

Suites opératoires normales; le malade revu huit mois après, ne souffre plus, évacue normalement son estomac.

Revu en janvier 1945; les résultats favorables se sont maintenus.

OBSERVATION III

A..., 53 ans, cultivateur.

Des douleurs à type ulcéreux font pratiquer chez lui un examen radiologique qui montre un ulcus de la petite courbure.

A l'intervention (19 novembre 1942), on découvre des adhérences au pancréas avec perforation couverte.

La gastro-entérostomie large avec suture en un plan est alors pratiquée (Saint-Pierre).

Revu régulièrement (en dernier lieu en janvier 1945), le malade n'accuse aucun trouble digestif sérieux.

OBSERVATION IV

Edmond B..., 25 ans, en 1923.

La première manifestation de sa maladie ulcéreuse est une hématémèse grave. Le malade se soigne très strictement. Il reste un an sans nouveaux symptômes puis, au printemps 1924 recommence à souffrir. Douleurs typiques, à horaire tardif, calmées par l'ingestion d'aliments.

La « période » dure un mois environ.

Jusqu'en 1925, il souffre une à deux fois par an. Deux examens radiologiques (24 et 25) montrent une niche de la petite courbure, portion verticale.

A partir de 1926 et jusqu'en 1936, le malade ne souffre plus (1 à 2 crises). En 1936, les douleurs reprennent et surviennent de nouvelles hématémèses. Dès 1937, l'allure cyclique de la maladie n'existe plus. B... souffre constamment, d'un bout de l'année à l'autre. Il vomit souvent; il maigrit de dix kilogrammes. Deux examens radiologiques pratiqués montrent un ulcus de la petite courbure à deux centimètres au-dessus de l'angle de la voie gastrique. Il refuse toute intervention jusqu'en 1940. A ce moment, il est opéré (décembre) par le Dr Bertrand. Malade en très mauvais état, très amaigri et très anémique (amaigrissement 16 kilogrammes, anémie à 3.100.000). Gastro-entérostomie large suivant la technique précédemment indiquée.

Suites opératoires normales. Cessation immédiate des douleurs. Le malade n'a jamais souffert depuis cette date. Il a engraissé de 12 kilogrammes. Ni régime, ni traitement.

Ainsi, dans ce cas d'ulcère hémorragique, la seule gastro-antérostomie large a donné les résultats espérés.

OBSERVATION V

I... (Ernest), 42 ans.

Ce malade souffre depuis quinze ans d'un syndrome gastrique ulcéreux diagnostiqué radiologiquement (niche du tiers inférieur de la petite courbure).

A trois reprises différentes, ce malade accuse des hématémèses assez abondantes dont la dernière, en date, s'est produite il y a un an (octobre 1942).

A son arrivée à l'Hôtel-Dieu (salle Saint-Pierre), un cliché montre l'ulcus ancien déjà diagnostiqué.

Opéré le 24 septembre 1942 (Dr Bertrand), on découvre les nombreuses adhérences que le cliché laissait prévoir. La gastro-entérostomie large transmesocolique est pratiquée.

Suites opératoires normales.

Ce malade revu dernièrement (octobre 1945), n'accuse plus aucun trouble digestif sérieux, les douleurs sont presque entièrement calmées, plus d'hématémèses. Il a repris sans aucune gêne son dur travail de garçon de café.

Ainsi cette observation, comme les précédentes, nous montre que, même après un certain recul, et dans le cas d'hématémèses, les malades ont repris une vie de digestion normale après gastro-entérostomie large.

VIII. QUELQUES OPINIONS D'AUTEURS

Nous voulons résumer ici les opinions de quelques auteurs que nous n'avons pu insérer dans le cours de ce travail.

H. Lluvia (« Les récidives d'ulcère après gastrectomie », *Revue de Chirurgie*, février 1938).

Cet auteur, après avoir rapporté l'observation d'ulcère gastrique récidivant après gastrectomie sub-totale aboutissant à une gastrectomie totale avec mort du malade, pense que la période d'enthousiasme qui a suivi l'emploi de la gastrectomie commence à s'assagir, des faits indentiques s'étant d'ailleurs passés après l'utilisation de la gastro-entérostomie sur une grande échelle. Ce n'est que maintenant que nous commençons à nous apercevoir des cas de récidives et d'ulcères peptiques après gastrectomie.

En conclusion, cet auteur pense justement que la valeur respective des deux interventions s'équilibre et qu'il ne peut s'agir que d'une question d'indicatives.

Pour les ulcères simples sans réaction inflammatoire, l'auteur préconise la gastro-entérostomie.

Pour les ulcères térébrants avec réaction inflammatoire, la gastrectomie convient mieux (1).

(1) L'observation n° 2 montre que, même dans ce cas, la gastro-entérostomie large peut donner de bons résultats.

H. Annes Dias (« Gastrectomies sub-totale et ulcère du duodénum », *Archives des maladies du tube digestif et de la nutrition*, tome 28, janvier 1938).

Cet auteur constate justement que la gastrectomie ne met nullement à l'abri de l'ulcère peptique et qu'enfin elle comporte une mortalité élevée (13 %).

Il conclu lui aussi qu'il faut restreindre et préciser les indications de la gastrectomie.

Bergeret et Caroli (*P. M.*, 21 octobre 1931, page 1535).

Résultats de la gastrectomie et de la gastro-entérostomie dans le traitement de l'ulcère.

Ces auteurs apportent les statistiques suivantes :

1° *Résultats immédiats :*

Sur 37 ectomies, 1 mort, soit 2,7 %;

Sur 46 gastro-entérostomies, 1 mort, soit 2,1 %.

2° *Résultats éloignés :*

Sur 46 gastro-entérostomies, 15 n'ont pu être revues.

Sur les autres on note :

22 résultats excellents;

3 morts (tuberculose pulmonaire, cachexie);

4 mauvais résultats;

2 réinterventions (pylorectomies).

Sur 30 gastrectomies :

18 résultats excellents;

4 moins bons;

6 résultats moyens.

En résumé, la gastro-entérostomie dans l'ulcus est une opération bénigne donnant très souvent de bons résultats. Il est simple s'il n'y a pas guérison, de pratiquer une ectomie dans un deuxième temps.

Néanmoins, il ne faut pratiquer la gastro-entérostomie qu'en cas d'ulcère cicatrisé sténosant le pylore.

Qu'en cas d'ulcus duodénaux même en activité.

Qu'en cas d'ulcus calleux très adhérent lorsque l'état général ne permet pas l'ectomie.

Vu : *Le Président de la Thèse,*
BOULARAN.

Vu : *Le Doyen,*
J. CALVET.

Vu et permis d'imprimer :
Toulouse, le 7 février 1946.
Le Recteur,
Président du Conseil de l'Université,
P. DOTTIN.

BIBLIOGRAPHIE

Académie de Chirurgie. — Gastro-entérostomie ou gastrectomie. Discussion METIVET-M. HARTMANN, 21 janvier 1942; M. GATELLIER-M. LERICHE, 8 juillet 1942).

Anne DIAS. — Gastrectomie subtotale et ulcère du duodénum, *Archives des maladies de l'appareil digestif,* janvier 1938.

ABADIE. — Sténose duodénale et gastro-entérostomie, *Société de Chirurgie Paris,* 12 novembre 1924.

ALLENDE. — Résultats de la gastro-entérostomie, *Boletinis y trabajos Soc. chirurgie. de Buenos-Aires,* 1929, n° 12.

ARIOZ. — Fonctionnement de l'estomac après gastro-entérostomie, *Acta radiologine,* 15 janvier 1926.

ASTAUX. — Les suites immédiates de la gastro-entérostomie, *Thèse Paris,* 1924.

BERGERET et CAROLI. — Les résultats de la gastrectomie et de la gastro-entérostomie dans le traitement de l'ulcère, *P. M.,* 11 octobre 1931.

BALFOUR. — L'ulcère gastrique, son traitement chirurgical par les méthodes conservatrices, *Surgery,* novembre 1937.

Basile. — Le syndrome du *circulus viciosus aiga* consécutif à la gastro-entérostomie, *Archivio Italiano di Chirurgica*, avril 1939.

Bardier. — Physiologie de l'estomac, traité de physiologie de Roger et Binet.

Bonar. — Fonctionnement de l'estomac après gastro-entérostomie, *The Lancet*, 1924.

Congrès allemand de Chirurgie. — (I × III), Gastro-entérostomie ou résection palliative pour ulcère duodénal non résérable, *Arch. Klin. Chir.*, 12 septembre 1939.

Casini. — Rome. Les résultats éloignés des opérations pour ulcères gastro-duodénaux (Considérations sur 119 cas), *Il polichirico* (Sezione chirurgica), 15 avril 1938.

Cochram Shauts. — Les complications de la gastro-jejuno-post, *Britisle journal of Radiol*, septembre 1936, n° 105.

De Molfetta. — Pour la meilleure technique opératoire de la gastro-entérostomie, *Archivio Italiano de chirurgica*, 5 mars 1939.

Delvay et Salmon. — Les gastro-entérostomisés qui souffrent, *Journal Méd. Français*, mars 1935.

Derocque. — Physiologie de la gastro-entérostomie, *Gazette des Hôpitaux*, 29 septembre et 30 octobre 1925.

Dolto. — Contribution à l'étude de la gastro-entérostomie curative, *Thèse Paris*, 1931.

Duval et Arnelive. — Sur les vomissements électifs bilieux après gastro-entérostomie, *J. de Chirurgie*, mars 1933.

Esbelin. — Des troubles consécutifs à la gastro-entérostomie, *Thèse Bordeaux*, 1935.

EGGERS. — Gastro-entérostomie, *Annals of Surgery*, juillet 1939.

FROMME. — Gastro-entérostomie ou résertion palliative dans l'ulcère duodénal inopérable, *Zeutralblatt für Chirurgie*, 3 juin 1939.

GUTTMANN. — Les syndromes douloureux épigastriques (Doin).

GAMBERINI. — Expérience personnelle sur les résultats éloignés du traitement de l'ulcère gastro-duodénal par la gastro-entérostomie (1913-1934) ou par la résertion (1922-1934), *Nederlandsche Tijdschrift voor Gemiskurde*, Amsterdam.

GLEY. — Physiologie de l'estomac. Traité de physiologie.

HARTMANN. — L'ulcéro-cancer de l'estomac est-il fréquent? *Soc. Nat. de Chir.*, 1928, page 263.

IGARJABAL. — Effets de la gastro-entérostomie sur l'évacuation et le chimisme gastrique, *El Dia medico* (Buenos-Ayres), 11 janvier 1937.

KOUTJETZUG. — Cancer après Gastro-entérostomie, *Zeutralblatt für Chir.*, 29 juillet 1939.

LAINÉ. — Les résultats éloignés du traitement chirurgical des ulcères gastro-duodénaux, *Thèse Lyon*, 1926.

LERICHE. — Pathogénie de l'ulcère peptique post-opération *Rapport au 40e Congrès Français de Chirurgie de Paris*, 1931.

LÉVY, COTTENOT et CHÉRIGNÉ. — Rôle de la position de la gastro-entérostomie dans la génèse des troubles post-opératoires, *Société de Gastro-entérologie de Paris*, 14 mars 1938.

Lluvia. — Les récidives d'ulcère après gastrectomies, *Revue de Chirurgie*, février 1938.

Neuffer. — La résertion primitive ou l'opération palliative dans l'ulcère gastro-duodénal perforé, *Der Chirurg.*, 1er septembre 1938.

Polya. — Sur les troubles de l'évacuation de l'estomac après gastro-entérostomie et gastrectomie, *Orvosi Metilap*, 19 juin 1937.

Poulani. — B) Rapport au 37e Congrès de Chirurgie 1928. Résultats éloignés du traitement chirurgical des ulcus gastro-duodénaux après gastro-entérostomie et gastrectomie, *Archives cliniques chirurgicales*, 1928.

Roussel. — Traitement chirurgical de l'ulcère gastro-duodénal par la gastro-entéro-arcastomose et la gastrectomie. Résultats comparée, *Thèse Lyon*, 1934.

Santy et P. Mallet (Guy). — Le déficit pondéral post-opératoire séquelle éventuelle de la gastrectomie pour ulcère, *P. M.*, 4 janvier 1939.

Schaly, Boom, Selewemater. — Gastro-entérostomie ou ectomie dans l'ulcère de l'estomac et du duodénum, Discussion 13 août 1938.

Starlinger. — Résultats tardifs de la gastro-entérostomie dans l'ulcère gastrique eu du duodénal, *Journal de Chirurgie*, 1938, tome I, page 112.

Starlinger et Richter. — Durée de la guérison des sutures anestomotiques après gastro-entérostomie, *Weener Klinisch Wochenschrift*, 30 juillet 1931.

VAUNIER. — Le cancer de l'estomac chez les malades opérés d'ulcère gastrique par gastro-entérostomie ou résertion limitée, *Thèse Paris*, 1932.

WETSSENBORN. — Pratique de plus de dix ans de traitement opératoire des ulcus gastriques et duodénaux au point de vue des résultats éloignés, *Archio fürr Klinisch Chrirug.*, 20 mai 1939.

Imprimerie PARISIENNE,
16, Place du Palais, 16
——TOULOUSE——